

DISSERTATION

N° 62.

SUR

LES FISTULES A L'ANUS

ET LES OPÉRATIONS QU'ELLES RÉCLAMENT ;

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 17 avril 1826, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ,*

PAR C. HABERT, de Huillécourt,

Département de la Haute-Marne,

Ancien Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE.

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.

MESSIEURS

Anatomie.....	CRUVEILHIER, <i>Examineur.</i>
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA, <i>Suppléant.</i>
Physique médicale.....	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale.....	CLARION.
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	BERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN, <i>Président.</i>
	{ ROUX.
Pathologie médicale.....	{ IZEAU.
	{ FOUQUIER, <i>Examineur.</i>
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DÉSORMEAUX, <i>Examineur.</i>
Clinique médicale.....	{ CAYOL.
	{ LAENNEC.
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale.....	{ BOUGON.
	{ BOYER.
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice

MESSIEURS

MESSIEUR

ARVERS.	MAISONNAE.
BRESCHET.	MOREAU.
CAPURON.	MURAT, <i>Suppléant.</i>
CHOMEL.	PARENT DU CHATELET.
CLOQUET aîné.	PAVET DE COURTEILLE, <i>Examineur.</i>
COUTANCEAU.	RATHEAU, <i>Examineur.</i>
DE LENS.	RICHARD.
GAULTIER DE CLAUDRY.	RULLIER.
GÉRARDIN.	SÉGALAS.
GUERSENT.	SERRES.
JADIOUX.	THÉVENOT.
KERGADEG.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

Témoignage de respect et de piété filiale.

A MA TANTE.

Témoignage de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR,

MES MEILLEURS AMIS.

C. HABERT.

DE MA MERE

A MON PERE

Trouvez en ces pages le respect et la piété filiale.

A MA TANTE

Trouvez en ces pages la reconnaissance.

A MES FRERES ET A MA SOEUR

MES MEILLEURS VŒUX

E. HABERT

DISSERTATION

SUR

LES FISTULES A L'ANUS

ET LES OPÉRATIONS QUE ELLES RÉCLAMENT.

On donne le nom de *fistule* à l'anus à des trajets ulcéreux plus ou moins sinueux, plus ou moins profonds, entretenus par une perforation ou seulement par une dénudation du rectum, avec ou sans ouverture à l'extérieur.

Causes. Pour connaître les causes des fistules à l'anus, il faut remonter à celles des abcès de cette région, auxquels elles succèdent toujours; nous allons les indiquer brièvement.

La grande quantité de tissu cellulaire grasseux environnant la partie inférieure du canal intestinal, la flexuosité des veines hémorroïdales, qui ne permettent au sang de remonter que difficilement contre son propre poids, la vie sédentaire, la constipation habituelle qui favorise les engorgemens inflammatoires dans le voisinage de l'anus, l'inflammation des hémorroïdes elles-mêmes, quand il en existe; la disposition anatomique des cryptes muqueux du rectum, les contusions

du périnée , les corps étrangers dans le tissu cellulaire , qu'ils aient primitivement perforé la peau , qu'ils aient été introduits par l'urètre ou par l'anus , ou bien , ce qui est beaucoup plus fréquent , qu'ils viennent de la partie supérieure du canal intestinal , tels que des noyaux de fruits , des portions d'os , des arêtes de poissons , des épingles , des concrétions biliaires , stercorales , etc. ; l'inflammation du rectum lui-même , produite par les causes précédentes , ou survenue , spontanément ; son ulcération , sa gangrène , enfin une sympathie admise par le plus grand nombre des auteurs entre le périnée et les organes pulmonaires ; telles sont les causes qui expliquent la grande fréquence des abcès à l'anus. Joignez à ces causes , déjà très-nombreuses , une disposition qu'on ne peut expliquer du tissu cellulaire environnant le rectum , qui fait que souvent il s'enflamme sans qu'aucune des conditions énumérées ait paru exister.

D'après l'énoncé des causes des abcès à l'anus , nous voyons que les unes agissent primitivement sur le tissu cellulaire , qu'elles enflamment ; le pus , une fois formé , peut se frayer une issue à travers la peau et dans le rectum en même temps , ou l'abcès n'aboutir qu'à l'une ou l'autre de ces deux surfaces ; les autres agissent d'abord sur le rectum , et , dans ce cas , deux choses peuvent avoir lieu : le rectum peut n'être qu'enflammé , son inflammation se communiquer par continuité au tissu cellulaire ambiant , et les choses se passer comme dans le cas précédent ; ou bien le rectum être perforé d'abord , le tissu cellulaire , par le contact des matières excrémentitielles , s'enflammer , le pus s'écouler par l'ouverture faite aux parois de l'intestin ; mais le plus souvent il se fraie une issue à la marge de l'anus : tôt ou tard même , les choses finissent de la sorte , si l'art ne prévient la nature.

Différences et complications. Les fistules à l'anus , suivant qu'elles succèdent à un abcès qui s'est terminé de l'une des manières que nous venons d'indiquer , diffèrent entre elles , et ont reçu des noms particuliers. Elles sont dites *complètes* lorsqu'elles s'ouvrent dans le rectum

et sur la peau, *incomplètes*, au contraire, quand elles n'ont qu'un seul orifice ; celles-ci sont *internes* ou *borgnes internes* (rectales) , si c'est avec le rectum qu'elles communiquent ; *externes* ou *borgnes externes* (cutanées) , si elles se sont ouvertes sur la peau , le rectum n'étant pas perforé.

Outre ces différences , elles en présentent encore beaucoup d'autres qu'il est du plus grand intérêt de bien connaître pour leur traitement. Le plus souvent elles n'ont qu'un seul orifice cutané , cependant elles peuvent s'ouvrir dans plusieurs endroits sur la peau , et les ouvertures occuper un espace de plusieurs pouces ; il est beaucoup plus rare de rencontrer plusieurs orifices rectales. Cette circonstance , qui a surtout été observée à la suite d'abcès volumineux qui ont été ouverts trop tard , et qu'on a abandonnés aux efforts de la nature , est aussi importante que difficile à apprécier. Le trajet fistuleux est plus ou moins sinueux , et quelquefois ses sinuosités ne permettent de le sonder qu'après plusieurs tentatives ; ce trajet est simple , ou bien il communique avec un ou plusieurs clapiers ; il aboutit dans le rectum à une hauteur variable : ordinairement c'est à douze ou quinze lignes , mais dans quelques cas c'est à deux ou trois pouces au-dessus de l'anus. Sa situation ordinaire est sur les côtes du rectum ; il suit aussi les faces antérieure et postérieure de cet intestin , dont l'état est bien important à connaître ; il peut être dénudé dans une grande étendue ou ne l'être presque pas ; l'orifice intérieur de la fistule a pu se faire à la partie supérieure de cette dénudation , mais le plus fréquemment il existe vers son centre.

Quand une fistule a duré long-temps , le tissu cellulaire formant ses parois s'engorge , se durcit , et forme des callosités que les anciens regardaient comme un obstacle à la guérison. Chez quelques sujets , il existe plusieurs hémorroïdes qui compliquent encore la maladie ; enfin d'autres circonstances compliquent encore les fistules à l'anus : elles coïncident quelquefois avec un cancer du rectum , avec une infection vénérienne , avec une affection plus ou moins avancée des viscères des cavités splanchniques , et surtout de la poitrine.

Signes. Ils diffèrent suivant que les fistules sont complètes ou incomplètes, internes ou externes ; elles ont toutes pour caractère commun d'avoir succédé à un abcès de cette région.

On est certain que la fistule est complète lorsqu'à l'ouverture de l'abcès le pus qui en est sorti est noir ou noirâtre, fétide, mêlé de gaz ; que la fistule laisse passer des matières fécales, et que le malade a rendu et rend encore avec les selles du sang ou du pus ; que dans le moment de la défécation une sensation de chaleur mêlée de cuisson se fait sentir le long de son trajet. Ces divers signes, qui ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie, manquent quelquefois, et l'abcès a pu se vider sans qu'il en sortit rien qui fit soupçonner sa communication avec le rectum, ou du moins le malade ne s'en est pas aperçu. Alors il faut avoir recours, pour reconnaître l'orifice intérieur, aux moyens suivans. Le chirurgien, faisant placer le malade comme il sera dit plus bas (voyez *incision*), porte le doigt indicateur de la main gauche, préalablement graissé, dans le rectum ; l'autre main, armée d'un stylet, sonde la fistule ; par cette opération il s'assure si l'intestin est ou n'est pas perforé, s'il existe plusieurs perforations, quelle est la hauteur à laquelle elles se rencontrent, dans quelle étendue le rectum se trouve dénudé, quelles sont les sinuosités du trajet de l'ulcère, s'il existe dans son intérieur des corps étrangers qui compliquent et aggravent son état, enfin s'il communique avec des clapiers, et quelle est leur profondeur. Chez quelques sujets, la fistule est tellement étroite et tellement sinueuse, qu'il est impossible que le stylet la parcourre dans toute son étendue ; on a proposé, pour la dilater, d'y introduire de l'éponge préparée, d'y faire des injections d'eau tiède, qui ont en outre l'avantage, si elles reviennent par l'anus, de ne laisser aucun doute sur la perforation intestinale.

Dans le cas de fistule borgne interne, l'abcès ne s'est ouvert que dans le rectum ; le malade a rendu et rend encore du pus, qui n'est point mêlé avec les matières fécales, et qui ne fait que les entourer ; en pressant sur le lieu qu'occupait la tumeur, on occa-

sionne une sensation douloureuse, et on sent des duretés plus ou moins profondes. Le sujet est-il quelque temps sans rendre de pus, la tumeur reparait en partie, et si on la comprime, il est possible qu'on la fasse se vider par le rectum. La sensation de chaleur et de cuisson s'observe comme si la fistule était complète; le doigt porté dans l'intestin rencontre des inégalités qui indiquent le lieu de l'ouverture. On a proposé d'y faire pénétrer un stylet recourbé; ce moyen me paraît devoir être plus nuisible qu'utile. Tôt ou tard enfin la peau s'amincit, noircit, s'ulcère, et la fistule devient complète.

La fistule borgne externe, révoquée en doute par quelques auteurs, mais généralement admise aujourd'hui, se distingue de la fistule complète par l'absence des signes de celle-ci; jamais elle n'a laissé échapper ni gaz, ni matières fécales, et le stylet qui la parcourt ne peut point être senti à nu dans le rectum.

Diagnostic. Des abcès urinaux, résultat d'une crevasse à la vessie et à l'urètre, peuvent se développer autour du rectum, s'ouvrir dans le voisinage de l'anus, et faire croire au premier aspect à une fistule de cette région. La méprise ici serait excessivement dangereuse; heureusement qu'avec un peu d'attention il est facile de la prévenir.

Dans les fistules urinaires, les signes de la fistule stercorale manquent; le pus qui en découle n'est point noir, mais blanc, séreux, mêlé d'urine, dont il a l'odeur. L'orifice ou les orifices fistuleux sont calleux; si on en sonde le trajet, il ne se dirige point vers le rectum, mais bien vers la vessie ou l'urètre; elles ont été ou sont encore accompagnées de difficulté dans l'excrétion de l'urine, quand le malade se présente à l'urinal, et point quand il va à la selle; il éprouve la sensation de cuisson et de chaleur dont nous avons parlé; dans ce moment aussi l'urine sort par la fistule.

On pourrait encore confondre avec les fistules à l'anus l'ouverture d'un abcès par congestion qui se serait faite au périnée. L'ab-

sence des signes des fistules stercorales, les circonstances commémoratives, l'état général du malade, doivent suffire pour la faire distinguer.

Prognostic. Comme celui d'une foule de maladies, il varie suivant les circonstances ; cependant, grâce aux progrès de la chirurgie moderne, la fistule à l'anus n'est plus généralement regardée comme une maladie grave et dangereuse ; dans un petit nombre de cas seulement elle est au-dessus des ressources de l'art. La fistule simple, s'ouvrant, comme cela a ordinairement lieu, à un pouce au-dessus de l'anus, se guérit très-bien par une opération aussi simple que facile. Cette opération se complique, quand l'ouverture remonte plus haut, que le rectum se trouve dénudé dans une grande étendue, que des clapiers nombreux et profonds se prolongent dans l'épaisseur de la fesse, etc., etc. ; même ces complications peuvent être portées à un tel point, qu'il ne soit plus raisonnablement permis d'entreprendre aucune opération pour la cure radicale de la maladie.

Traitement.

Le traitement des fistules à l'anus est *préservatif, palliatif et curatif.*

Le traitement préservatif consiste à prévenir toutes les causes capables de les produire. Ainsi les personnes habituellement constipées se tiendront le ventre libre par l'usage de lavemens ; celles qui ont des hémorroïdès suppléeront à leur écoulement, quand il aura été supprimé, par une application de sangsues, etc.... Si l'engorgement inflammatoire se manifeste, on le combat par les moyens ordinaires ; et s'il n'a pu être arrêté dans sa marche, dès qu'on y perçoit un point de fluctuation, on y plonge un bistouri, et l'on pratique une issue facile au pus. Quelques praticiens veulent une incision longitudinale, d'autres une incision en T ; en général, il vaut mieux la faire trop grande que trop petite ; cependant quan la

tumeur est peu volumineuse, l'incision longitudinale doit suffire. En ouvrant de bonne heure les abcès à l'anus, on prévient les grandes dénudations du rectum, la formation des clapiers, quelquefois la perforation de l'intestin; et s'il existe des corps étrangers, on peut les extraire avant qu'ils n'aient produit de plus grands désordres. On a conseillé, immédiatement après l'incision de la peau, de fendre jusqu'au rectum la paroi antérieure de l'abcès; mais cette méthode ne peut tout au plus être mise en usage que dans les cas où sa cavité est peu spacieuse et que déjà l'intestin est perforé; il faut le plus souvent remettre à un autre temps cette seconde opération, qui peut quelquefois devenir inutile. On doit se contenter alors de couvrir la plaie de charpie, de compresses, de cataplasmes, ou bien encore d'emplâtres de diachylum, suivant les circonstances, et de maintenir le tout par un bandage en T, en attendant, pour opérer la fistule, qu'il ne reste plus d'espoir de sa guérison spontanée, que le dégorgement se soit bien fait, et que le malade soit revenu dans des conditions à supporter l'opération, conditions dans lesquelles il ne se trouverait peut-être pas au moment de l'ouverture de la tumeur.

Le traitement palliatif doit être employé, quand la cure radicale ne doit pas ou ne peut pas être tentée, sans courir les risques de voir survenir des accidens beaucoup plus graves que la fistule elle-même. Aussi doit-on y avoir recours quand on soupçonne que les poumons contiennent des tubercules, quand le rectum est cancéreux, qu'il est dénudé dans une grande étendue, quand des clapiers multipliés se prolongent au loin; il doit encore être préféré momentanément chez les personnes infectées du virus vénérien, jusqu'à ce qu'il ait été détruit par des remèdes appropriés.

Recommander aux malades des soins de propreté, raser de temps en temps les poils du voisinage de l'anus, faire quelques injections dans les trajets fistuleux, renouveler les pansemens autant que l'exige l'abondance de la suppuration, combattre les accidens qui se manifestent, tels sont les soins qui constituent le traitement palliatif.

Le traitement curatif a été essayé par un grand nombre de moyens ; les uns sont insuffisans , comme la compression , les injections stimulantes ; les autres sont dangereux , et peuvent déterminer de graves accidens : telles sont la cautérisation par les substances liquides et solides , et l'excision. Aujourd'hui , on n'emploie plus guère que la ligature et l'incision , encore cette dernière est presque toujours préférée ; nous allons successivement les passer en revue.

Compression. Elle suffit très-souvent pour guérir des fistules cananées ; mais , dans ce cas , elle est rendue inefficace par les conditions dans lesquelles se trouve le point sur lequel on veut l'appliquer et la maintenir. Supposez , en effet , qu'on voulût la faire de dehors en dedans , en plaçant à la marge de l'anüs des tampons de charpie , des compresses graduées , maintenus par un bandage en T , ou mieux par des jets de bande qui iraient s'attacher à une ceinture préalablement placée sur le tronc , et soutenue par un scapulaire ; la profondeur de la partie entre les fesses s'opposera à ce que la compression soit bien faite ; les mouvemens la déplaceront infailliblement ; les tissus , refoulés en haut , s'enfonceront dans le rectum , et les parois de la fistule ne seront point mises dans un contact assez immédiat , ou n'y seront point maintenues assez long-temps pour que leur recollement puisse se faire. Faite de dedans en dehors , au moyen d'une grosse mèche de charpie , ou d'une canule introduite dans le rectum , la compression n'atteint pas mieux son but ; agissant sur tout le pourtour de l'intestin , elle n'a que très-peu d'action sur le point où il faudrait qu'elle agît. Les parois de la fistule , n'étant de tous côtés entourées que de parties molles , ne pourront être maintenues rapprochées , faute d'un point sur lequel on les assujettisse ; la mèche , par sa présence , occasionnera des ténésmes , et sera expulsée malgré tous les efforts du malade pour ne pas la rejeter. Si la dénudation ou la perforation existe au-dessus des sphincters , elle ne pourra être atteinte , parce que le rectum se trouve dans ce point plus dilaté qu'il ne l'est plus bas. Ce moyen ne

pourrait tout au plus réussir que dans un petit nombre de fistules borgnes externes et récentes.

Suppositoires emplastiques. Recommandés par *Sabatier* pour la curation des fistules superficielles et récentes, ils étaient employés dans l'intention de fondre leurs callosités et boucher leur orifice intérieur ; ils finissent toujours par être expulsés , et n'atteignent point leur but ; c'est à juste titre qu'ils sont abandonnés aujourd'hui.

Injectons stimulantes. On faisait les injections stimulantes pour développer dans l'ulcère l'inflammation adhésive ; on doit peu compter sur leur action , et sur un cas où elles réussiraient , elles échoueraient dans un très-grand nombre : cependant on pourrait les réunir à la compression si on tentait la cure de quelques fistules à l'aide de cette méthode : elles se font avec le vin miellé , une décoction d'orge à laquelle on ajoute quelques grains de sulfate de zinc ou de sulfate de fer.

Injectons caustiques. Une dissolution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent ou de potasse caustique, etc. , sont des substances avec lesquelles on pourrait les faire. Leur action, quoique plus énergique que celle des injections irritantes, n'est cependant pas assez certaine pour qu'on puisse y compter beaucoup. Cette action d'ailleurs ne peut pas être bornée, et peut occasionner des inflammations violentes et déterminer des symptômes d'empoisonnement.

Caustiques solides. L'histoire de la cautérisation des fistules à l'anus avec les substances solides remonte jusqu'à *Hippocrate* , qui recommande de la faire avec une mèche de linge imbibée de suc de grande tithymale , et saupoudrée de vert de gris , avec laquelle on embrasse toutes les parties à diviser. Du temps de *Dionis*, la cautérisation était très en vogue. *Sabatier* dit que si quelques considérations forçaient à y recourir , on devrait la faire au moyen d'un

trochisque de minium ou de toute autre substance escharrotique, qu'on placerait dans le trajet de la fistule, et qu'on renouvelerait tous les jours, en ayant soin d'augmenter successivement sa grosseur. Pour préserver la paroi extérieure de la fistule, on placerait entre elle et le trochisque un peu de charpie; on arriverait ainsi jusque dans l'intérieur de l'intestin, dont on abriterait la partie opposée, au moment où l'on verrait qu'il se perfore, par un autre tampon de charpie. Cette méthode de traitement est longue, douloureuse, expose à de graves inflammations, et malgré toutes les précautions, on ne peut qu'imparfaitement borner l'action du caustique, qui fait éprouver aux sphincters une perte de substance plus ou moins considérable. La cautérisation par le couteau rougi au feu, recommandée dans les cas où l'on craint l'hémorrhagie, est moins dangereuse; mais dans ces cas encore je préférerais la ligature.

Excision. Cette opération, généralement abandonnée aujourd'hui, a été pendant long-temps la seule que la chirurgie employât. Pour la pratiquer, on conduisait par la fistule, jusque dans le rectum, l'extrémité d'un stylet flexible qu'on ramenait par l'anus, et avec un bistouri, on coupait de chaque côté de l'anse formée par le stylet tout ce qu'on jugeait convenable d'enlever; après quoi on saisissait avec une érigne toutes les callosités, qu'on disséquait avec le bistouri ou les ciseaux. Cette opération, longue, douloureuse, expose à des hémorrhagies difficiles à arrêter. Après elle la guérison se fait long-temps attendre; et avant qu'elle se soit effectuée, le malade a couru des dangers, soit à cause de l'excès de l'inflammation, soit par l'abondance de la suppuration. Enfin, après la guérison, par la déperdition de substance qu'ont éprouvée les sphincters, les matières fécales peuvent être rendues involontairement, ou bien ne sortir que très-difficilement, suivant que les lèvres de la plaie se sont cicatrisées séparément ou qu'elles se sont réunies immédiatement. Cependant, dans quelques circonstances, les complications sont portées à un tel point, qu'elle est la seule méthode qui puisse guérir la maladie, mais, d'un

autre côté, la prudence voudrait peut-être qu'on n'exposât pas les individus à une foule d'accidens, pour les débarrasser d'une infirmité avec laquelle ils pourraient prolonger leur existence. C'est aux circonstances à prescrire le parti auquel on doit s'arrêter.

Ligatures. La ligature a été très-anciennement connue; conseillée par *Hippocrate*, décrite par *Celse*, pratiquée avec succès par *Ambroise Paré*, *Pigray*, *Thévenin*, elle était tombée dans l'oubli, lorsque *Foubert* la remit en vogue; il substitua aux fils de lin, de soie, de crin, qui avaient été employés jusque-là, le fil de plomb; dont on se sert encore aujourd'hui. Pour la pratiquer, on porte à travers la fistule, jusque dans le rectum, le fil, qu'on ramène au-dehors à l'aide du doigt indicateur de la main gauche; à l'extérieur, on réunit les deux extrémités du fil, en faisant éprouver aux parties qu'il embrasse un degré de constriction plus ou moins fort. Si le trajet de la fistule est court et non sinueux, et que ses orifices soient larges, on peut parvenir à le traverser avec le fil de plomb lui-même: ordinairement on préfère, pour le porter sur les tissus à diviser, se servir d'un stylet d'argent flexible boutonné à une extrémité, taraudé à l'autre. L'extrémité percée, marchant la dernière, traîne après elle le fil; tandis que le doigt porté dans le rectum ramène par l'anus le bouton du stylet. Quelquefois, quand l'orifice intérieur est très-élevé, en voulant replier le stylet, on fait éprouver de vives douleurs au malade, et même on ne peut y parvenir; c'est ce qui a fait imaginer à *Desault* de porter d'abord jusque dans le rectum, et par la fistule, un petit stylet cylindrique; ensuite sur ce stylet il conduisait une sonde creuse, qu'il faisait aussi parvenir dans l'intestin, retirait le stylet, et le remplaçait par le fil de plomb, qu'il ramenait au-dehors soit avec le doigt, s'il ne remontait pas trop haut, soit avec des pinces avec lesquelles il le saisissait. Mais elles avaient l'inconvénient de déchirer assez souvent la membrane muqueuse du rectum; ce qui lui fit leur substituer son gorgeret repoussoir, qui présente au fond de son cul-de-sac un trou dans lequel s'engage le fil de plomb; qui y est

fixé par une tige mobile contenue dans le manche de l'instrument : ce gorgeret , retiré par l'anus , ramène après lui l'extrémité antérieure du fil. Quand la fistule n'était que borgne externe , que l'intestin n'était que dénudé , *Desault* voulait qu'on portât à la partie supérieure de cette dénudation une canule , dans laquelle on enfonçait un petit trois-quarts , qui perforait la paroi intestinale , et rendait la fistule complète. Le gorgeret , placé dans le rectum , empêchait que le point opposé ne fût blessé. Après avoir retiré le trois-quarts , il se conduisait comme nous l'avons dit plus haut. De quelque manière qu'on soit parvenu à ramener le fil par l'anus , il faut en réunir les extrémités. On a proposé de les tendre sur un morceau de bois , qui ferait l'effet de tourniquet ; mais la présence de celui-ci détermine des excoriations et des escharres gangréneuses ; il faut le rejeter. *Desault* passait les deux bouts du fil dans une canule , les repliait sur deux petites échancrures qu'elle présentait à une de ses extrémités. A mesure que la section des tissus s'opérait , on faisait marcher la sonde sur le fil. Il me semble tout à la fois plus simple et plus commode d'en tordre les deux extrémités l'une sur l'autre , comme le faisait *Foubert* , et quand l'anse qu'il forme s'est relâchée , de les détordre pour les resserrer.

On place de chaque côté du nœud formé par la jonction des fils deux petits bourdonnets de charpie , qui préservent la peau de son contact.

La ligature est une méthode rationnelle , en général peu douloureuse ; elle n'expose les malades à aucun des accidens des méthodes précédentes. Pendant sa durée , ils peuvent vaquer à leurs affaires. Sa manière d'agir est facile à concevoir ; elle enflamme et divise petit à petit les tissus avec lesquels elle se trouve en rapport ; tandis qu'elle marche d'un côté , la cicatrisation se fait de l'autre , et quand elle vient à tomber , la cure est presque faite ; il ne reste plus à cicatriser qu'une petite surface , qui n'exige que des pansemens faciles. Cependant sa longueur , les douleurs qu'elle occasionne quelquefois , lui font préférer l'incision ; elle doit surtout être rejetée quand les par-

ties à diviser sont très-épaisses , quand on soupçonne qu'il existe plusieurs orifices intérieurs. En effet , un de ces orifices qui ne serait point compris dans l'anse du fil ne se cicatriserait pas , et l'opération serait inutile. D'un autre côté , elle est le seul moyen qui convienne chez les personnes affaiblies , et sur lesquelles la moindre opération serait dangereuse. Chez ceux dont la poitrine est soupçonnée malade , n'agissant qu'à la longue , si l'on voyait que l'état de la poitrine empirât par la guérison de la fistule , on arrêterait les progrès de cette guérison en retirant le fil tout aussitôt ; enfin elle peut encore devenir nécessaire chez les sujets timides qui ne veulent se soumettre à aucune opération par l'instrument tranchant.

Incision. De même que les méthodes précédentes , l'incision était connue des anciens ; mais il paraît qu'ils n'y avaient recours que pour les fistules borgnes externes. Aujourd'hui le raisonnement et l'observation la font presque toujours préférer aux autres moyens. Elle consiste à diviser tout ce qui se trouve compris entre le trajet ulcéreux et le rectum.

Deux ou trois jours avant de la pratiquer , on y prépare le malade par un régime sévère , et quelques instans avant l'opération , on lui fait administrer un lavement pour lui vider l'intestin ; après quoi on le met dans une des situations suivantes : on le fait coucher sur le ventre , les cuisses pendantes et écartées ; le plus souvent on préfère le placer près du bord du lit , sur le côté correspondant à la fistule ; la cuisse qui touche au lit est étendue , l'autre est fléchie ; un aide est chargé de soulever la fesse de ce côté , et le tronc est fléchi sur le bassin ; alors le chirurgien , passant derrière le malade , appuie avec la main gauche sur la fesse où existe la fistule , pour mettre autant que possible son orifice en évidence , et se décide pour un des nombreux instrumens qui ont été conseillés.

Les principaux de ces instrumens sont : le syringotome , le bistouri royal , le bistouri à vis , le bistouri courbe boutonné ordinaire , le bistouri droit à pointe forte , la sonde cannelée d'argent flexible , avec

un cul-de-sac ; le stylet cannelé de *M. Larrey*, la sonde cannelée sans cul-de-sac , et le gorgeret en bois ou en buis.

Le syringotome est un couteau falciforme , fortement recourbé , et terminé à la pointe par un stylet flexible qu'on engage de dehors en dedans , et qu'on ramène par l'anus avec le doigt : en continuant de le pousser en avant , on opère la section de la fistule.

Le bistouri royal est composé d'une chape recouvrant une lame terminée aussi par un stylet ; on introduit l'instrument recouvert de sa chape dans la fistule ; le stylet ramené à l'extérieur , la chape est retirée , et l'opération se termine comme dans le cas précédent. L'usage du bistouri à vis sur lequel se monte un stylet d'argent est absolument le même.

Ces instrumens sont abandonnés pour l'opération de la fistule , qu'on peut faire avec d'autres , qui se trouvent dans toutes les troussees.

M. Dubois se sert du bistouri courbe boutonné , dont il introduit la lame dans le rectum à travers la fistule , applique son doigt sur le bouton qui la termine ; appuyant alors sur lui , et avec l'autre main sur le manche de l'instrument , il opère l'incision.

On préfère généralement se servir de la sonde d'argent cannelée flexible , dont on ramène l'extrémité pointue par l'anus ; les parties à diviser se trouvent soulevées par elle , et le chirurgien , saisissant sa plaque avec la main gauche , fait filer dans sa cannelure la lame d'un bistouri ordinaire , qui divise d'autant plus facilement les tissus qu'ils sont plus tendus sur elle.

M. Larrey a modifié la sonde ordinaire pour l'opération de la fistule en faisant adapter à sa pointe un stylet flexible ; d'ailleurs , quand la sonde a une fois embrassé les parties à diviser , on se comporte de la même manière.

Tous ces procédés opératoires , qui sont aussi simples que prompts , ne sont pas toujours praticables ; c'est ce qui arrive lorsque l'orifice intérieur remonte très-haut. Dans ce cas , il faut recourir au procédé de *Desault* , qui est un peu plus compliqué. L'opérateur , armé :

d'une main d'une sonde cannelée sans cul-de-sac , lui fait parcourir la fistule , s'assure , avec le doigt index de l'autre main porté dans le rectum , que la pointe y est parvenue , retire le doigt , lui substitue le gorgeret , instrument convexe d'un côté , présentant une forte concavité de l'autre : la sonde s'engage dans cette concavité ; alors , donnant le manche du gorgeret à maintenir à l'aide chargé de soulever la fesse , le chirurgien saisit avec la main gauche la plaque de la sonde ; puis avec la droite il fait glisser dans sa cannelure , jusque dans la concavité du gorgeret , la lame d'un bistouri à pointe forte , et termine l'opération en coupant tout ce qui se trouve compris entre la cannelure de la sonde et le gorgeret : il s'assure que tout a été divisé , en retirant ensemble , et sans les séparer , la sonde et le gorgeret. Si quelques parties avaient échappé à l'incision , on la compléterait par un second coup de bistouri. La fistule n'est-elle que borgne externe , l'extrémité de la sonde ne s'applique que médiatement dans la concavité du gorgeret , et ces deux instrumens se trouvent séparés par un point de la partie supérieure de la dénudation intestinale , que la pointe du bistouri est obligée de perforer avant que le tranchant de sa lame fasse l'incision.

La première précaution à prendre après l'opération est de chercher à reconnaître s'il n'existe pas d'autres perforations du rectum que celle que l'incision a embrassée. Si on en trouve , la prudence veut , quoi qu'en aient dit quelques auteurs , qu'on fasse de nouvelles incisions qui les réunissent à la première. On en fait autant pour les perforations multipliées , qui s'observent beaucoup plus souvent sur les tégumens. On excise même les portions de peau qui les séparent , si elles sont tellement dénudées , qu'il ne soit pas permis d'espérer leur recollement aux parties sous-jacentes.

Il est aussi très-recommandé d'exciser les hémorroïdes volumineuses qui se trouvent quelquefois sur le trajet de la fistule , et qui peuvent gêner dans les pansemens successifs : il est de même prescrit d'enlever les callosités anciennes. Mais je suis porté à croire que , dans presque tous les cas , de simples scarifications faites sur les callosités

doivent les mettre dans des conditions propres à la résolution. Si des clapiers s'ouvrent le long de la fistule , on les ouvre largement , pour faciliter l'écoulement du pus. Enfin *Jean-Louis Petit* a recommandé de prolonger l'incision sur la fesse ; c'est une précaution qui a l'avantage de rendre la guérison plus sûre.

Quand , au-dessus de la perforation intestinale , il existe une dénudation , doit-on inciser depuis la partie supérieure de cette dénudation , ou bien l'abandonner à elle-même en ne faisant partir l'incision que depuis la perforation ? Les auteurs sont encore partagés sur ce point. Je croirais convenable de fendre , au moins en partie , cette dénudation quand elle est très-considérable , l'abandonnant à elle-même si elle est peu étendue. Je ne me déciderais à la diviser que plus tard , et quand je me serais aperçu que la plaie ne marche point vers la guérison. Cette seconde incision se fait avec des ciseaux mousses auxquels le doigt sert de conducteur.

Le pansement après l'opération de la fistule est digne de la plus grande attention. Quelques chirurgiens ont voulu qu'il ne fût fait qu'à plat. On ne peut nier qu'il n'ait quelquefois été suffisant ; mais , d'un autre côté , une foule d'observations rapportées par les auteurs prouvent qu'il échoue très-souvent. On doit préférer la mèche de charpie liée par le milieu et repliée sur la petite fourche qui se trouve à l'extrémité d'une tige d'acier nommée *porte-mèche* ; le doigt indicateur , placé le long de la paroi du rectum opposée à la fistule , sert de conducteur à la mèche qui est poussée par l'autre main du chirurgien jusqu'à la partie supérieure de la plaie ; la tige d'acier est alors retirée , et le doigt qui se trouve dans le rectum engage la mèche entre les lèvres de la solution de continuité. A l'extérieur on applique sur la partie inférieure un plumasseau de charpie , et par-dessus quelques compresses ; le tout est maintenu par un bandage en T. La présence de la mèche dans la plaie empêche ses lèvres de se cicatriser avant son fond ; ce qui serait un grave accident , puisqu'il nécessiterait une seconde opération. Le premier pansement doit être fait

avec de la charpie sèche, dans l'intention de s'opposer à l'écoulement sanguin qui pourrait survenir. Ce premier appareil, s'il ne se manifeste pas d'accident, ne se lève qu'au bout de deux ou trois jours. Les pansemens successifs se font tous les jours, et de la même manière que le premier, avec cette différence que la mèche est enduite de cérat. On en diminue la grosseur à mesure que le fond de la plaie se rapproche de ses bords. Quand le tout est à la même hauteur, on abandonne la mèche, et l'on panse à plat.

Immédiatement après l'opération, jusqu'à ce que l'inflammation soit tombée et qu'on n'ait plus à redouter d'accidens, le régime du malade doit être sévère; si on lui accorde quelques alimens, on les choisit parmi ceux qui ne laissent après la digestion que peu de résidu.

Les principaux accidens qui peuvent être la suite de l'opération de la fistule sont, l'hémorrhagie, l'inflammation du gros intestin, du tissu cellulaire, du petit bassin, du péritoine, de la vessie; la gangrène, la pourriture d'hôpital, peuvent aussi s'emparer de la plaie, etc., etc. . . . L'hémorrhagie, quand elle n'est pas trop considérable, serait peut-être arrêtée par une grosse mèche de charpie roulée dans la poudre de gomme arabique. *Jean-Louis Petit* se servait d'un gros bourdonnet de charpie, lié par son milieu, qu'il enfonçait très-avant dans le rectum; les deux extrémités du fil liant le bourdonnet étaient maintenues à l'extérieur; il remplissait la plaie de petits bourdonnets, puis plaçait par-dessus un gros tampon de charpie, qu'il serrait contre les bourdonnets avec les deux bouts de fil sortant par l'anus. *Levret* introduisait dans le rectum une vessie vide et mouillée, y adaptait un soufflet, et la dilatait avec de l'air; ce moyen lui a réussi. Le procédé de *Desault* me paraît devoir échouer moins souvent; il consiste à enfoncer dans l'intestin une compresse carrée dont on retient les quatre coins à l'extérieur, et à bourrer avec de la charpie l'espèce de sac formé par le centre de la compresse. Si, après l'emploi d'un de ces moyens, le sang ne s'écoule pas au-dehors, il n'est pas dit pour cela qu'il ne s'épanche pas

dans le gros intestin au-dessus du tamponnement ; c'est ce qu'on reconnaîtrait à la pâleur du malade , à son affaiblissement , à la pauvreté de son pouls , au refroidissement de ses extrémités , etc.

Il faudrait alors se hâter de lever le tamponnement , et le refaire , s'il avait été mal appliqué. Si les vaisseaux qui fournissent le sang n'étaient pas très-élevés , qu'on pût les saisir , il ne faudrait pas hésiter à en faire la ligature. Si , malgré tout ce qu'on aurait pu faire , l'hémorrhagie continuait , il ne resterait plus de ressource que la cautérisation , qu'on opérerait avec le fer rouge , en mettant , autant que possible , à découvert le point d'où jaillit le sang avec le spéculum brisé.

Les inflammations diverses qui surviennent quelquefois après l'incision de la fistule à l'anus , de même que l'hémorrhagie , étaient beaucoup plus fréquentes quand l'excision était seule en vogue. Cependant le praticien ne doit épargner aucune des précautions capables de les prévenir ; et sitôt que quelques-uns de leurs symptômes se manifestent , il doit avoir recours aux antiphlogistiques les plus énergiques. La mèche doit avant tout être retirée jusqu'à ce que les accidens soient dissipés ; elle ne doit point être laissée à demeure quand sa présence occasionne de la diarrhée. Si les abcès volumineux se forment , on les ouvre de bonne heure , pour prévenir les désordres que détermine la présence du pus. Enfin , si la gangrène et la pourriture d'hôpital s'emparent de la plaie , on les combat par les moyens propres à arrêter leurs progrès.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* *PARISET*).

I.

Recto intestino inflammato, et utero inflammato, renibus suppuratis, urinæ stillicidium supervenit; hepatis autem inflammato, singultus supervenit. *Sect. 5, aph. 58.*

II.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect. 6, aph. 6.*

III.

Ab hæmorrhoidibus sanato diuturnis, nisi una servata fuerit, periculum est ne hydrops superveniat aut tabes. *Ibid., aph. 12.*

IV.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect. 7, aph. 1.*

V.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect. 8, aph. 6.*

